

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA - Año II N 5.

El médico y el racionamiento de las prestaciones sanitarias

El debate sobre el papel del médico en el racionamiento de las prestaciones sanitarias es cada día más urgente y de mayor actualidad en todos los fóruns, tanto a nivel nacional como internacional.

Uno de los elementos del estado del bienestar aceptado en todas las formulaciones de Derechos del Enfermo o Usuario, es la universalización de la atención sanitaria y el derecho a una óptima prestación que respete los

valores del propio paciente. Dejando al margen las referencias históricas y filosóficas de fundamentación de estos principios, debemos abordar la problemática planteada por los constantes avances tecnológicos en el campo de la medicina que chocan con la escasez de recursos económicos. Esta confrontación hace cuestionar los criterios de prioridad en la aplicación de estos recursos, en un debate que intenta coordinar dos grandes principios: **el principio de justicia y el principio de autonomía del enfermo.**

En este debate se contraponen el filósofo que establece el principio de lo que debe hacerse con la realidad del economista que explica que se puede pagar y el programa del político muy condicionado por el voto que precisa. Es por eso que no observamos muchas declaraciones programáticas de racionamiento de la atención sanitaria. Lo que todos tienen claro es quien debe ejecutar las medidas fundamentales del control del gasto: el médico, origen del coste sanitario al introducir nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

La experiencia personal

Y aquí aparezco yo como implicado, un oncólogo clínico que hace más de veinte años que trabaja exclusivamente en la medicina pública, peleándose a diario con las listas de espera para la alta tecnología diagnóstica y terapéutica que crónicamente padece nuestro sistema público.

Por este motivo no me extraña que el término *bioética* fuera propuesto en 1971 por un compañero de especialidad, el Dr. Van Rensalaer Potter (1); en la situación en que se encuentran nuestros pacientes, se producen situaciones de conflicto agravadas por la seriedad de la enfermedad y el alto coste que genera su asistencia, sin que exista normalmente la urgencia vital de los enfermos agudos que obliga a tomar medidas inmediatas independientemente de su coste.

Mientras escribo estas líneas, julio de 1996, me encuentro en la paradoja de que si debo tratar a un enfermo oncológico con acelerador lineal la lista de espera es de 60 días, si lo trato con un aparato de cobaltoterapia es de 25 días, pero

(pasa a pág. 3)

sumario

El médico y el racionamiento de las prestaciones sanitarias	1, 3 y 4
Editorial	2
Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina	5, 6 y 7
Más allá de la noticia	8
Lluvia de ideas	9
La ética del dinero.....	10 y 11
Agenda	12



Institut Borja
de Bioètica

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓN

Núria Terribas i Sala

REDACCIÓN Y EDICIÓN

Irina Jurglis Talp

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven - Bartle
Miguel Martín Rodrigo
M.Pilar Núñez Cubero
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO

Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

Jordi Craven-Bartle
Ma. Pilar Núñez
Jaume Terribas
Cristina Vilaplana

IMPRESO EN:

Gráficas JIDER, S.A.

EDITADO POR:

Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada

Bioética: reto y confusión

Es bueno recordar que cuando nace el término híbrido de bioética -bio y èthos- la idea que tiene el constructor del neologismo, Van Rensalaer Potter, 1971, es la de relacionar a biólogos y especialistas en ética para ver si pueden diseñar un mundo donde se consiga controlar y prevenir las enfermedades genéticas y degenerativas con el resultado de una vida más saludable para todos.

Hemos recordado en diversas ocasiones que André Hellegers, médico y humanista holandés que se fue a trabajar a Estados Unidos -donde llegó a ser uno de los más notables especialistas en fisiología del feto-, hizo suyo el nombre de bioética y animó a un grupo de discusión en el que médicos y teólogos (católicos, protestantes y judíos) veían con preocupación que el progreso médico-tecnológico presentaba grandes y difíciles retos a los sistemas éticos del mundo occidental.

Los que primero manifiestan inquietudes ante estos progresos no son los políticos ni los sociólogos ni los filósofos tomistas o hegelianos. Tampoco son los teólogos. Son médicos, clínicos e investigadores, conscientes de que nadie tenía la respuesta a los nuevos problemas, pero que podría ser fructífero el diálogo entre médicos y humanistas. El liderazgo fue científico y secular y los interlocutores escogidos fueron especialistas en ética y teología moral representantes de los sistemas éticos mejor articulados. Así el diálogo interdisciplinar ecuménico se halla en el origen de los primeros centros de bioética. Es una época, hace ya 25 años, en la que cuando se pronuncia el nombre de bioética pocas personas saben de qué se trata, y las que lo saben ven con ilusión que este diálogo es posible. Se buscan respuestas a los conflictos de valores que se presentan sobre todo en las decisiones clínicas y se busca el acuerdo por medio del análisis racional, sin hacer aspavientos de las propias creencias, rechazándose todo dogmatismo, científico o espiritual.

El nombre de bio-ética fue haciendo su andadura, y en ella fue adquiriendo distintos colores y matices. En Francia el nombre nunca encajó y se prefirió el término de ética biomédica. En España entró fácilmente, y de hecho nosotros lo utilizamos desde 1975 al crear el "Instituto Borja de Bioética". La aceptación fue debida, en parte, al hecho de no tener las connotaciones que se daba al término "moral", en una sociedad en la que el nivel medio de formación religiosa era pobre; donde la conciencia moral era mayoritariamente la aceptación resignada de la autoridad y, al margen de una minoría espiritualmente selecta, poco crítica y asustadiza. Una sociedad donde la moral recordaba el período del llamado "nacionalcatolicismo".

En el momento en el que diferentes corrientes filosóficas entran en la discusión bioética aparece la confusión. Cada escuela filosófica y teológica se apropia del término. Hoy tiene pleno sentido preguntarse de qué bioética se habla cuando alguien habla de bioética o lo que es lo mismo, qué ética es la que sustenta la bioética. Pero de esto hablaremos otro día...

(viene de pág. 1)

si le hago un tratamiento con quimioterapia sólo tiene que esperar 4 días, que son los que tardaré en tener los resultados de los análisis. El resto de hospitales donde puedo enviar a los pacientes están también colapsados.

¿Qué debo hacer con un enfermo con un tumor profundo?, ¿dejar que el tumor crezca durante dos meses por esperar una óptima tecnología, o hacer un tratamiento "no óptimo" dentro de 25 días, o aún "menos óptimo" dentro de 4 días?

■

Y cuando el Estado me incluyó en la Seguridad Social Obligatoria sin preguntármelo, ¿porqué no me avisó de las listas de espera que me encontraría el día que precisara este tratamiento?

■

Cuando intento explicar esto a algún paciente me dice: "Y cuando el Estado me incluyó en la Seguridad Social Obligatoria sin preguntármelo, ¿porqué no me avisó de las listas de espera que me encontraría el día que precisara este tratamiento? ¿porque si lo hubiera sabido, tal vez en el pasado hubiera prescindido de otras cosas y ahora podría pagar de mis ahorros la atención que preciso en el momento idóneo". La situación aún podría llegar a ser más difícil de entender si cuando el enfermo comenzase al fin el tratamiento de radioterapia se produjese alguno de los efectos indeseables habituales: vómitos y/o diarreas. Si se producen vómitos, la Seguridad Social le pagará una parte del coste, pero si se producen diarreas, como los antidiarreicos no están

incluidos en el Petitorio, entonces, se lo tiene que pagar él. Es decir, que nuestra política de control de los recursos penaliza a los enfermos diarreicos, pero no a los eméticos.

El paciente no pregunta el porqué de todo esto al gestor de la sanidad pública; le pregunta a su médico, que es próximo e inmediato, y cuando éste responde con su impotencia, es percibido por el paciente como un agente del sistema.

Las diferencias con el modelo norteamericano

En el debate bioético sobre la limitación de las prestaciones sanitarias debe tenerse muy en cuenta la estructura sanitaria de cada país, y es destacable hasta que punto influye sobre los ponentes la situación de su propio país. La crítica al sistema norteamericano es constante por parte de sus grandes biotecnólogos (2). En este modelo donde no hay un sistema nacional de cobertura sanitaria universal, el Estado obliga al ciudadano a contratar su seguro sanitario con la compañía que le sea más favorable dentro de la libre economía de mercado, de manera comparable como sucede aquí con los seguros de los vehículos, con unos mínimos obligatorios establecidos, y un máximo ilimitado. Las compañías de seguros han encontrado una forma de racionar las prestaciones sanitarias de sus asegurados, intentando modificar los intereses del médico, quien con la *medicina de gestión*, se convierte en agente de la propia aseguradora. El Estado cubre las necesidades de los marginados con un presupuesto de atención social que resulta insuficiente.

El modelo español obligatorio y universal confrontado al norteamericano, parece idílico. Pero no podemos olvidar, el insuperable incremento del gasto que convierte indirectamente al médico en *gestor* de la llamada *medicina de gestión* donde se ve obligado "de facto" a aplicar el racionamiento sin un debate social previo ni una normativa del legislador que clarifique la situación y establezca las prioridades.

La situación en la Alemania de hoy es muy diferente a la española. El cierre de los ejercicios económicos de la Seguridad Social ha tenido saldos positivos con pocas excepciones, porque sus prestaciones sociales crecieron más lentamente que el gasto público general, y cuando incrementó el coste de las prestaciones se aumentaron las cotizaciones, que no ahogaban aún ni a empresas ni a trabajadores, sin incrementar el déficit público vía impuestos.

El debate necesario

El modelo norteamericano respeta la autonomía del ciudadano para escoger su propio seguro. Pero es criticado por los sectores de marginación que no atiende y porque podría prostituir la relación médico-enfermo. El modelo alemán, de donde nace el español, no ha padecido la crisis económica como nosotros y aún ha podido equilibrar el balance sin incrementar el gasto público. El modelo holandés tiende a una situación intermedia entre el respeto a la autonomía y la justicia: unos mínimos obligatorios garantizados por el Estado para los más marginados y unos máximos libres. El modelo español anula la auto-

mía para escoger el propio seguro, pero mantiene el principio de justicia al repartir los recursos de manera más igualitaria. En este punto, debemos preguntarnos qué pautas debe seguir este debate sobre la limitación de las prestaciones sanitarias, que, como ya se demostró en el último Congreso de la *Asociación Europea de Centros de Ética Médica (EACME/AECCEM)*, celebrado en Sant Cugat del Vallès en octubre de 1995, el debate es prioritario y urgente.

Pero este debate ha de cumplir unos requisitos para que pueda ser realmente útil:

1.- Interno de cada país: existen unas grandes diferencias en la planificación de la sanidad pública entre un país y otro, incluso dentro de Europa, por esto, el debate debe ser aplicado a la situación económica, jurídica y sanitaria de cada país.

2.- Público: los ciudadanos deben tener conocimiento y derecho a intervenir.

3.- Multidisciplinar: tienen un papel filósofos, economistas, legisladores, abogados, médicos, biólogos, sociólogos, farmacéuticos, profesionales de la enfermería,...

4.- Profundo: respetando principios éticos y mirando las últimas consecuencias de cada opción.

Hace falta hacerlo porque estamos en un momento crítico de nuestro sistema sanitario: no podemos pagarnos aquello de lo que quisiéramos disfrutar. Y no se puede responsabilizar a los médicos de aplicar un racionamiento (listas de espera, peticorio farmacológico) o unas formas disuasorias (colapso de urgencias por no saltarse la lista de espera de los servicios hospitalarios, pérdida del derecho a la intimidad du-

rante la hospitalización, etc...), que puede llegar a extremos gravísimos como la exclusión de prestaciones en función de la edad o de otros criterios.

Si no podemos pagar la atención sanitaria que queremos, debemos avisar ya a nuestros conciudadanos, porque tal vez hoy alguno esté de viaje de vacaciones y si hubiese sabido ahora que a él mismo o a otra persona cercana y querida el día de mañana, por razones de la edad **-no de la futilidad-** no se le podrá dar un recurso sanitario que precise, tal vez hubiese preferido quedarse en casa y guardar sus ahorros como se dice popularmente, "*por si hiciese falta el día de mañana*". Pienso que hay muchas personas que si hoy conociesen la situación, preferirían pasear poco a poco hacia una fuente y beber del agua de la realidad, más que volar hoy con despreocupación por el futuro, porque el Estado paternalista ya nos protegerá a todos...

■
*Con el racionamiento
de las prestaciones,
corremos el riesgo de premiar
a la cigala que vive
sin trabajar y castigar a la
hormiga que ha estado
recogiendo el grano que hoy
nos comemos todos.*
■

La fábula de la hormiga y la cigala nos dice que aunque todos somos iguales hay quien hoy prefiere trabajar de sol a sol para disfrutar mañana de un invierno tranquilo, y los hay que prefieren vivir el momento. Con el racionamiento de las prestaciones, que indudablemente se nos viene encima, corremos el riesgo de premiar a la cigala que vive sin trabajar y casti-

gar a la hormiga que ha estado recogiendo el grano que hoy nos comemos todos, hormigas y cigalas, y el día de mañana, cuando le llegue el invierno, le diremos que el granero se ha quedado vacío. Si éste es el futuro, no quiero estar aquí cuando aquel día de invierno le tenga que explicar a la hormiga porqué se quedó sin grano. Por lo menos, ¡ que no nos lo hagan explicar a los médicos como gestores del racionamiento de los recursos !

JORDI CRAVEN-BARTLE

ONCÓLOGO DEL HOSPITAL DE LA STA.
CREU I DE ST. PAU, SECRETARIO DE LA
COMISIÓN DE ÉTICA ASISTENCIAL

(1) *Bioethics. Bridge to the future. 1971.*

(2) *Daniel Callahan, presidente del Hastings Institute de New York, y Edmund D. Pellegrino, del Kennedy Institute de Bioética de Washington, en la conferencia sobre limitación de prestaciones sanitarias, del 26 de mayo de 1996, referenciada con titulares en el periódico El País del día siguiente, fueron muy críticos con el sistema de Seguridad Social norteamericano, porque deja los sectores más pobres marginados y porque altera la relación médico-enfermo en el modelo de la llamada "medicina de gestión". En éste el médico tiene un presupuesto anual cerrado para atender a una población determinada: cuanto más aborre, mejor para él, lo que puede llevar a faltas deontológicas graves si el paciente no conoce perfectamente que tipo de contrato económico hay entre la compañía de seguros y el enfermo. Daniel Callahan defiende una sanidad pública y universal con medidas de racionamiento, si hace falta, debatidas públicamente y claramente definidas por el legislador, antes de tolerar la marginación de los pobres y la pérdida de la confianza en el médico que se ve obligado por las circunstancias a participar en la medicina de gestión.*

John E. Curley, Presidente de la Catholic Health Association, de E.E.UU., publicó un artículo en semejante sentido ¿ Justicia para todos ? en la revista Labor Hospitalaria nº 233-234, p.233-245, 1994.

Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina

La anterior versión del proyecto de "Convenio Europeo de Bioética" ha sido modificada no solo en su contenido sino también en su título. Ahora se conoce como "Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina".

En el anterior número de Bioética & Debat publicamos el contenido del proyecto del entonces llamado *Convenio Europeo de Bioética*, pero anunciábamos la próxima aparición de una nueva versión modificada. La redacción de la revista asumió el compromiso de dar a conocer en nuestras páginas las modificaciones más importantes de esta nueva versión.

Dado que los cambios producidos han sido muchos y muy importantes, publicamos de nuevo el contenido modificado, que además ha cambiado su denominación. Ahora su título es *Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina*.

Este Proyecto de Convenio debe ser presentado en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Ministros y después debe pasar al Comité de Ministros del Consejo de Europa. Para aprobarlo y entrar en vigor es necesario que lo firmen cinco Estados, de los cuales cuatro como mínimo sean miembros del Consejo de Europa.

CAPÍTULO I Disposiciones generales

Artículo 1.- Objeto y Finalidad.

Las Partes en el presente Convenio protegerán la dignidad e identidad de todo ser humano y garantizarán a toda persona, sin discriminación, el respeto de su integridad y demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina.

Artículo 2.- Primacía del ser humano.

El interés y el bien del ser humano prevalecerán contra el exclusivo interés de la sociedad y de la ciencia.

Artículo 3.- Acceso equitativo a la asistencia sanitaria.

Las Partes tomarán las medidas adecuadas a fin de garantizar, en su esfera de jurisdicción, un acceso equitativo a los servicios sanitarios de calidad apropiada.

Artículo 4.- Obligaciones y estándar profesional.

Toda intervención en materia de salud, incluida la investigación, deberá llevarse a cabo de acuerdo con las obligaciones y estándar profesional.

CAPÍTULO II Consentimiento

Artículo 5.- Regla general.

No podrá llevarse a cabo intervención alguna en una persona en materia de salud sin su consentimiento informado y libre.

Dicha persona deberá ser informada antes de manera adecuada sobre el objetivo y naturaleza de la intervención así como de sus consecuencias y riesgos. Podrá revocar el consentimiento en todo momento y con plena libertad.

Artículo 6.- Protección de personas incapaces de dar el consentimiento.

1. A excepción de los casos previstos en los artículos 17 y 20 de este Convenio sólo se podrán realizar intervenciones en una persona incapaz de consentir si son para su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tiene la capacidad para dar el consentimiento para una intervención, ésta sólo se podrá realizar si da la autorización su representante, autoridad, persona o instancia que determine la ley.

La opinión del menor será considerada como elemento tanto más determinante cuanto mayores sean su edad y grado de discernimiento.

3. Cuando, según la ley, un adulto no tenga capacidad para dar el consentimiento por un trastorno mental o enfermedad o por razones similares, sólo se podrá realizar la intervención con la autorización de su representante, autoridad, persona o instancia que la ley determine.

La persona que deba ser sometida a una intervención deberá implicarse en la decisión siempre que sea posible.

4. El representante, autoridad, persona o institución de los párrafos 2 y 3 antes mencionados deberán recibir, en igualdad de condiciones la información a que se refiere el art. 5.

5. La autorización contemplada en los párrafos 2 y 3 se puede retirar en cualquier momento por el interés de la persona afectada.

Artículo 7.- Protección de personas con trastorno mental.

Bajo las condiciones legales de protección, vigilancia y control y vías de recurso una persona que sufra un trastorno mental grave, puede ser sujeto sin su consentimiento de un tratamiento orientado a tratar su trastorno mental sólo si de la falta del tratamiento se derivase un riesgo de grave perjuicio para su salud.

Artículo 8.- Situaciones de emergencia.

Si por imperativos de urgencia fuese imposible obtener el correspondiente consentimiento, se podrá no obstante realizar de inmediato toda intervención que el bien de la salud del sujeto requiera.

Artículo 9.- Voluntad manifestada con anterioridad.

Si un paciente no está en condiciones de expresar su voluntad cuando deba someterse a una intervención médica, se tendrá en cuenta la que haya manifestado con anterioridad.

CAPÍTULO III Vida privada y derecho a la información

Artículo 10.- Vida privada y derecho a la información.

1. Todos tienen derecho al respeto de su vida privada en el ámbito de la salud.

2. Toda persona tiene derecho a conocer cualquier información recogida sobre su salud. Si, no obstante, prefiriese no ser

informada, deberá respetarse su voluntad.

3. Excepcionalmente la ley nacional podrá preveer, en interés del paciente, restricciones al ejercicio de los derechos enunciados en el segundo párrafo.

CAPITULO IV Genoma humano

Artículo 11.- No discriminación.

Se prohíbe toda forma de discriminación de las personas por su patrimonio genético.

Artículo 12.- Análisis predictivos de enfermedades genéticas.

Los análisis predictivos de enfermedades genéticas que permitan identificar a una persona como portadora de un gen responsable de una enfermedad o bien detectar la predisposición o susceptibilidad genética a una enfermedad, sólo podrá hacerse por motivos de salud o de investigación científica relacionada con motivos de salud y contando con un asesoramiento genético apropiado.

Artículo 13.- Intervenciones en el genoma humano.

No podrá realizarse intervención alguna en el genoma humano si no es con fines preventivos, terapéuticos o diagnósticos y a condición de que no tenga por objetivo introducir ninguna modificación en el genoma de la descendencia.

Artículo 14.- No selección del sexo.

La utilización de técnicas de procreación médicamente asistida no se puede admitir para escoger el sexo del niño excepto en el caso de que se trate de evitar una enfermedad hereditaria grave ligada al sexo.

CAPITULO V Investigación científica

Artículo 15.- Investigación científica.

La investigación científica en el ámbito de la biología y de la medicina se desarrollará libremente, con arreglo a lo establecido en el presente Convenio y en las demás disposiciones jurídicas que aseguran la protección del ser humano.

Artículo 16.- Protección de personas sujetos de investigación.

No se puede investigar con personas si no se cumplen todas las condiciones siguientes:

- i) no existe un método alternativo a la investigación con seres humanos de eficacia comparable.
- ii) los riesgos a que se expone la persona no deben ser desproporcionados en relación a los beneficios que se esperan de la investigación.
- iii) aprobación del proyecto de investigación, después de examen independiente, realizado por una instancia competente para determinar la relevancia científica, que debe incluir la importancia del objetivo de la investigación y la aceptabilidad ética.
- iv) la persona que se presta a la intervención ha de ser informada de sus derechos y garantías previstas en la ley para su protección.
- v) el consentimiento contemplado en el artículo 5 sea dado

expresa y específicamente, y quede consignado por escrito. El consentimiento se puede retirar libremente en todo momento.

Artículo 17.- Protección de personas que no tienen capacidad para consentir en la investigación.

1. Sólo se puede llevar a cabo una investigación en una persona que no tenga la capacidad de consentir, según el artículo 5, cuando se cumplan todas las condiciones siguientes:

- i) que se cumplan las condiciones de los sub-párrafos i) al iv) del artículo 16.
- ii) los resultados que se esperan de la investigación comporten un beneficio directo a su salud.
- iii) la investigación no pueda realizarse con eficacia equiparable en sujetos capaces de dar el consentimiento.
- iv) la necesaria autorización prevista en el artículo 6 se haya dado específicamente y por escrito.
- v) la persona no se oponga.

2. A título de excepción y de conformidad con las condiciones de protección previstas por la ley, se puede autorizar una investigación que no comporte un beneficio directo para la salud de la persona en la que se realice, si se cumplen las condiciones i), iii), iv) y v) y también las siguientes condiciones complementarias:

- i) la investigación tenga como objetivo contribuir -gracias a mejorar significativamente el conocimiento científico de la condición de la persona, enfermedad o desorden,- a obtener finalmente resultados que sean beneficiosos para la misma persona afectada o para otras personas del mismo grupo de edad o que padezcan la misma enfermedad o trastorno o presenten las mismas características.
- ii) la investigación médica suponga para el sujeto un riesgo mínimo y una carga mínima.

Artículo 18.- Investigación sobre embriones in vitro.

- 1.- Allí donde la ley admita la investigación en embriones in vitro, la ley debe asegurar una protección adecuada del embrión.
- 2.- Se prohíbe la producción de embriones humanos con la finalidad de investigación en ellos.

CAPITULO VI Obtención de órganos y tejidos de donantes vivos para trasplante

Artículo 19.- Regla general.

1. La obtención de órganos o tejidos de un donante vivo para trasplante sólo se puede hacer en vista al interés terapéutico del receptor cuando no se disponga del órgano o tejido adecuado procedente de cadáver ni de método terapéutico alternativo de eficacia equiparable.
2. El consentimiento contemplado en el artículo 5 debe darse expresa y específicamente por escrito ante una instancia oficial.

Artículo 20.- Protección de personas incapaces de consentir a la donación de órganos.

1. No se pueden obtener órganos o tejidos de personas que no tengan la capacidad de dar consentimiento, de acuerdo con el artículo 5.
2. A título de excepción y según las condiciones de protección previstas por la ley, la obtención de tejidos regenerables de

personas que no tienen la capacidad de dar el consentimiento se puede autorizar si se cumplen las condiciones siguientes:

- i) no se dispone de donante compatible con capacidad de dar el consentimiento.
- ii) el receptor es hermano o hermana del donante.
- iii) la donación debe tener el potencial de poder preservar la vida del receptor.
- iv) la autorización prevista en los párrafos 2 y 3 del artículo 6 se ha dado específicamente y por escrito tal y como prevé la ley.
- v) el donante potencial no se opone.

CAPITULO VII **Prohibición de lucro y utilización de partes del cuerpo humano**

Artículo 21.- Prohibición del lucro.

El cuerpo humano y sus partes no podrán constituir fuente de lucro como tales.

Artículo 22.- Disposición de una parte extraída del cuerpo humano.

Cuando en el curso de una intervención se extrajera una parte cualquiera del cuerpo humano, no podrá ser conservada o utilizada para fin distinto del que motivó su extracción sino con la observancia de los correspondientes procedimientos de información y consentimiento.

CAPITULO VIII **Conculcación de los derechos o principios**

Artículo 23.- Conculcación de los principios.

Las Partes garantizarán la adecuada tutela judicial para prevenir o hacer cesar en breve cualquier conculcación ilícita de los derechos y principios establecidos en este Convenio.

Artículo 24.- Reparación de daños no justificados.

El que a resultas de una intervención sufra un daño injustificado tendrá derecho a reparación equitativa en los términos y según las modalidades establecidas por la ley.

Artículo 25.- Sanciones.

Las Partes fijarán sanciones adecuadas para los supuestos de transgresión de las disposiciones del presente Capítulo.

CAPITULO IX **Relación del Convenio con otras disposiciones**

Artículo 26.- Restricciones al ejercicio de los derechos.

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección de este Convenio no pueden tener otras restricciones que las previstas por la ley y que se consideran necesarias en una sociedad democrática para la seguridad pública y para la prevención de infracciones penales, para la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de los otros.

2. Las restricciones contempladas en el párrafo anterior no se pueden aplicar a los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27.- Protección más amplia.

Las disposiciones de este Capítulo se entienden sin perjuicio

de la facultad que asiste a cada parte de garantizar una mayor protección con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina.

CAPITULO X **Debate público**

Artículo 28.- Debate público.

Las Partes velarán para que las cuestiones fundamentales planteadas por el desarrollo de la biología y de la medicina sean debatidas públicamente y de forma adecuada, atendiendo en particular a las correspondientes implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas, y para que sus posibles aplicaciones sean objeto de adecuada consulta.

CAPITULO XI **Interpretación y seguimiento del Convenio**

Artículo 29.- Interpretación del Convenio.

El Tribunal Europeo de los derechos del hombre puede dar orientaciones, al margen de cualquier litigio concreto que tenga lugar ante una jurisdicción, sobre cuestiones jurídicas que hagan referencia a la interpretación del presente Convenio por petición:

- Del Gobierno de una Parte después de haber informado a las otras Partes.

- Del Comité constituido según el artículo 32, con una composición restringida al representante de las Partes en el actual Convenio, por decisión tomada con una mayoría de los dos tercios de los votos emitidos.

Artículo 30.- Informes sobre la aplicación del Convenio.

A requerimiento del Secretario General del Consejo de Europa, cada Parte aportará las explicaciones pertinentes sobre la forma en que su ordenamiento interno asegura la efectiva aplicación de cualquiera de las disposiciones de este Convenio.

CAPITULO XII **Protocolos**

Artículo 31.- Protocolos.

Para desarrollar, en temas específicos, los principios enunciados en este Convenio, se podrán elaborar protocolos de conformidad con lo que establece el artículo 26.

Los protocolos estarán abiertos a la firma de los firmantes del Convenio. Estarán sujetos a ratificación, aceptación o aprobación. Un firmante no podrá ratificar, aceptar o aprobar un protocolo sin, previa o simultáneamente, haber ratificado el Convenio.

La extensión del documento y la falta de espacio en estas páginas nos obliga a omitir el contenido de los CAPÍTULOS XIII y XIV (Artículos 32 al 38), que regulan aspectos administrativos que probablemente variarán en el texto definitivo.

El laboratorio humano

El domingo 28 de abril de 1996, TV3 dedicaba su programa "30 Minuts" al tema "El laboratori Humà" ("Horizon. The human laboratory").

La noticia transmitida, "en imagen y a todo color" ponía de relieve los efectos secundarios, o irreversibles de algunos anticonceptivos como los implantes de Norplant o la esterilización con Quinacrine y añadía además unas imágenes sobre la incorporación de hormona *b-HCG* al toxoide tetánico administrado a las adolescentes, a modo de "vacuna antiembarazo", juntamente con la vacuna antitetánica. Estos métodos vienen siendo utilizados en programas masivos para el control de la natalidad en el Tercer Mundo, bajo la apariencia de ensayos clínicos.

Habiendo trabajado durante años en el Tercer Mundo, puedo afirmar que algunos programas "exteriores" de ayuda sanitaria a estos países, pasan por la utilización de una cierta cantidad de "anticonceptivos" y del material necesario para esterilizaciones.

El programa insistía en 2 aspectos:
a).- Los efectos secundarios que manifestaban las mujeres por la administración del tratamiento no parecían ser tenidos en cuenta por los profesionales de la salud.

Pero este aspecto no es el más importante y no creo que pueda interpretarse como abandono o negligencia por parte de los profesionales. Muchos tratamientos tienen efectos adversos que pueden aceptarse fácilmente cuando el beneficio que se obtiene es superior al riesgo que se corre.

b).- La falta de información a las mujeres, eludiendo así el consen-

30 Minuts (reportaje): "El laboratori humà" (*Horizon. The human laboratory*). Miles de mujeres del Tercer Mundo han sido utilizadas como cobayas en la experimentación de ciertos métodos anticonceptivos que pueden provocar efectos secundarios irreversibles. Hace unos años se presentó en los países occidentales un producto llamado Norplant, un anticonceptivo que dura cinco años y que se implanta bajo la piel. El reportaje pone al descubierto los efectos secundarios del Norplant: pérdida de visión, desmayos, hemorragias... Pero el Norplant podría ser solo la punta del iceberg. Quinacrine, un medicamento que la OMS desaconseja para los humanos, ha sido utilizado en programas masivos de esterilización en el Tercer Mundo, bajo la apariencia de ensayos clínicos.

tamiento de éstas.

Este es un problema grave y los comentarios del día siguiente, en diferentes medios, así lo denunciaban. La crítica de la opinión pública a la falta del consentimiento informado es positiva y muestra que se va instalando, en nuestro país, una sensibilidad hacia la información al paciente y el reconocimiento de la autonomía de éste a consentir o rechazar un tratamiento.

La información y el consentimiento suponen una comprensión clara de la situación y una posibilidad de decisión entre diferentes opciones y para ello una **educación o formación integral de la persona**, como base para un proceso de autodeterminación. Sólo así los progenitores podrían tomar sus decisiones sobre el número de hijos que quieren incorporar a la familia, hijos bien preparados para afrontar los retos cada vez más complicados del mundo de hoy.

El consentimiento, sin embargo, no basta, solo sería un requisito o modalidad de "*como*" hacer una cosa, el problema ético es mucho más profundo y subyace en el "*qué se hace*": imponer una limitación de la descendencia, "*a quién se hace*": se experimenta sobre mujeres del Tercer Mundo, sujetos muy vulnerables a proteger; "*porqué se hace*":

a beneficio de grandes intereses extranjeros, eludiendo otros proyectos prioritarios de desarrollo que los países del Norte deberían a los del Sur.

Por encima de la **autonomía** del paciente está la **dignidad** del hombre, en este caso de las mujeres, con todos los derechos a decidir sobre su vida y su fecundidad y para quienes los hijos constituyen toda su riqueza en estos países. Sigue el deber de respetar la **integridad** física de la mujer y de salvaguardar el principio de **no maleficencia**, a sabiendas que la infertilidad primaria o secundaria puede ser causa de repudio de la mujer en las sociedades tradicionales, y aún más, en virtud del principio de **justicia** velar por la protección de los más vulnerables, en este caso las mujeres en condiciones de inferioridad por la estructura social de aquellos países.

Sólo después habría que enfocar el **beneficio** que se seguiría para el individuo, la familia y la sociedad, si disminuyendo la población cada uno de los nacidos pudiera tener a su alcance los medios necesarios (nutrición, vestido, **educación**,...) para decidir desde su dignidad y con el pleno ejercicio de su autonomía.

MA. PILAR NÚÑEZ CUBERO
GINECOLOGO Y MASTER EN BIOÉTICA

Una primera experiencia con el "fonendo"

Moverse dentro de un hospital es la ilusión de todo estudiante de medicina, ya antes de empezar la carrera, pero aún más después de haberse decepcionado por las asignaturas poco dirigidas de los dos primeros cursos, y de tener la sensación de que, el mundo de los médicos, queda todavía muy lejos.

Cuando pisas por primera vez un hospital, y lo haces a escondidas amparado por una bata blanca y un fonendo colgado del cuello -son la herramientas más útiles para pasar desapercibido, a pesar del ademán de aquel que no sabe en qué se está metiendo, y del que no sabe a donde va-, la primera impresión es extraña. Has atravesado el espejo y has pasado, como *Alicia en el país de las maravillas*, al otro lado.

Es curioso como se tiene aún un cierto respeto por las batas blancas, hoy en día en que poca gente tiene respeto por nadie ni nada

Es curioso como se tiene aún un cierto respeto por las batas blancas, hoy en día en que poca gente tiene respeto por nadie ni nada: en los primeros contactos con el enfermo, siempre te admiras de que, aquella persona que tienes delante, está poniendo su vida, sus esperanzas y su confianza en todo el equipo, pero muy especialmente en su médico. Personalmente, siempre acabo sintiéndome inexorablemente responsable, al saber al enfermo tan inseguro tan asus-

tado y tan vulnerable como me he sentido yo cada vez que me he visto en su situación, y como me volveré a sentir, probablemente, en las circunstancias futuras.

Una historia única que suele tener mucho que ver con la pobreza a todos los niveles y que, a menudo, tiene mucho de incomunicación, y mucho de soledad.

Ha sido un año de iniciación: un año para crecer en formación y para construirnos como profesionales en proyecto; un año para instruirnos como aprendices, y durante el que, en definitiva y enormemente, hemos aprendido.

De los médicos, he asimilado la competencia y la amabilidad, pero también que hace falta asumir el papel que te toca jugar para no involucrarte demasiado, para poder discernir hasta qué punto llegan los derechos y los deberes de cada uno, la propia intimidad.

De los pacientes, en cambio, he aprendido mucho más: que detrás de cada uno de ellos, siempre hay una historia. Una historia que no puede sintetizarse en los datos que recoge la historia clínica, sino que, muchas veces, hace falta adivinar o extraer; una historia única que suele tener mucho que ver con la pobreza a todos los niveles, y que a menudo, tiene mucho de incomunicación, y mucho de soledad.

Cuando me voy a casa, después de las prácticas, siempre pienso en el paciente que se murió ayer, en el que ha ingresado hoy, y en aquel

al que darán de alta mañana. Y a pesar de saber que es ley de vida, no me gusta en absoluto ser consciente de que, el trabajo de un médico, hoy en día se ha reducido a curar o paliar las enfermedades del cuerpo, simplemente, irrevocablemente; y a pesar de entender que ha sido el ritmo y la masificación de esta sociedad que nos ha tocado vivir lo que ha hecho que esto fuera posible, todavía ahora, después de un año entero, se me encoge el corazón cada vez que veo que a un paciente le dan el alta, sabiendo como sé que, puede que se vaya curado, pero a menudo tan incomprendido como antes, e igualmente solo.

CRISTINA VILAPLANA

ESTUDIANTE DE MEDICINA

La ética del dinero

La experiencia de muchos años de trabajo en entidades financieras o de crédito, y especialmente la evolución de éstas en los últimos años, me estimulan a reflexionar sobre cuál es la ética del mundo del dinero, es decir, la ética de aquellas personas que dirigen las instituciones crediticias. Si el dinero -según definición tradicional- es instrumento aceptado como medio de cambio o medida de valor, conviene conocer por sus actuaciones la filosofía que tradicionalmente inspira a los máximos responsables de las finanzas de los Bancos y Cajas de Ahorro. Queramos o no, sus conductas y políticas condicionan directa o indirectamente la vida de todos los países y la de sus ciudadanos.

■

El superdesarrollo en términos macroeconómicos no se correlaciona con el nivel de satisfacción del ser humano, pues éste va perdiendo gradualmente nivel de felicidad en términos humanos.

■

Como decía Leopold Kohr en su libro "El superdesarrollo" (Ed. Miracle, 1962), "todos somos testigos de un progreso enorme y de unas cifras de producción de bienes cada vez más altas"; sin embargo, al mismo tiempo tenemos la sensación y la experiencia de que, en lugar de avanzar, cada año nos vemos obligados a renunciar a aquello que nos podíamos permitir cuando -según los expertos en nivel de vida- teníamos menos. La cuestión es clara, el superdesarrollo en términos macroeconó-

micos no se correlaciona con el nivel de satisfacción del ser humano, pues éste va perdiendo gradualmente nivel de felicidad en términos humanos; es decir, pierde parte de lo que considera valores fundamentales para disfrutar de la vida, como son: la paz interior, el tiempo de convivencia con los demás y con la naturaleza, el tiempo de goce para el espíritu y para la reflexión personal, el placer de disfrutar de la vida familiar y colectiva... Es por eso que Kohr afirmaba que desde la mitad del siglo XVIII, cuando Adam Smith publicó "La riqueza de las naciones", no se ha intentado nunca formular las afirmaciones económicas básicas desde el punto de vista filosófico. Este esfuerzo es hoy día urgente, a la vista de la creciente insatisfacción del hombre en los propios países superdesarrollados (G-7), valorado en términos materiales.

Estas y otras afirmaciones de los estudiosos del crecimiento económico, pueden ser una fundamentación aceptable para opinar sobre la necesidad de exigir una ética de las conductas de los responsables del mundo del dinero. A las puertas del siglo XXI, la humanidad en su conjunto y cada país en particular, tienen derecho a exigir y a regular adecuadamente las conductas de aquellos y aquellas que -por encargo o por delegación, según los casos- gestionan, utilizan y regulan los capitales de la mayoría de los ciudadanos. No podemos olvidar que una de las causas importantes de la falta de solidaridad nacional e internacional, de los desequilibrios

Norte-Sur, del subdesarrollo y de todo lo que de éste se deriva, es el control del dinero por parte de personas de filosofía materialista (a menudo encubierta) que sólo se fundamenta en el derecho indiscutible al cobro de un interés para el préstamo de capital a quienes lo solicitan -lo mismo da que sea una persona, una empresa o un país-.

En teoría, la principal función del interés o precio del dinero es igualar la oferta de capital con su demanda, y racionar la oferta entre los que solicitan capital, siempre que estén dispuestos a pagar el interés que se fija. La realidad es que el interés exigido por aquellos que disponen de capital objeto de préstamo, es la forma legalizada de enriquecerse no sólo las entidades de crédito sino también los gestores de éstas, quienes a su vez crean un círculo vicioso de crecimiento de las instituciones financieras por la acumulación de beneficios no distribuidos ni revertidos en la sociedad que los ha generado. El argumento de justificación de la creación de este círculo vicioso es evidentemente la necesidad de garantizar la solidez del mismo dinero depositado en las entidades por otros ciudadanos.

De la bioética a la ética económica y política

Si después de veinticinco años de existencia la bioética estudia, de forma interdisciplinar, los problemas creados por el progreso biomédico y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valo-

res, deberíamos dedicar muchas energías para intentar dar una respuesta adecuada a aquello que parece injustificable y que motiva en gran parte lo que podríamos considerar catástrofes biológicas y humanas de gran alcance, como son los millones de niños y adultos que mueren a diario por la falta de dinero para adquirir alimentos, medicamentos básicos o simplemente por la falta de condiciones mínimas de vida digna; en estos países evidentemente no se discute por una muerte digna.

Entiendo que hoy día no es posible conformarnos diciendo que es responsabilidad de nuestros Gobiernos o que la filosofía de vida de aquellos países no se puede resolver con transferencias de capital; es necesario enfrentarse con la filosofía inhumana que inspira la política económica de los países del G-7, quienes en definitiva son los que determinan las estrategias económicas mundiales, los tipos de interés básicos de los Bancos Centrales Nacionales más importantes, y los que inducen al resto de instituciones y mecanismos internacionales a aplicar una filosofía no orientada al servicio del hombre sino a los intereses particulares de los países superdesarrollados de economías consumistas que generan cada día más insatisfacción.

Legitimidad de los cargos

Deberíamos estudiar a fondo el derecho no formal, ya que éste ciertamente ya está asegurado por los letrados de Cortes o "a sueldo", la fuerza o autoridad moral que tienen los gestores financieros que detentan el control del capital y lo manipulan a su conveniencia. ¿Dónde radica su legiti-

midad moral?. Es difícil justificarla cuando los ciudadanos de todos los países vemos las luchas políticas de conservadores y progresistas para ocupar cargos llamados "de responsabilidad", que deberíamos llamar "de gran utilidad".

¿Qué nos dice la historia al respecto? En teoría la filosofía de la liberación (marxista o pseudo marxista) se convierte en la más fiel a la filosofía cristiana y al evangelio de Jesucristo o doctrina de la Iglesia Católica. Podríamos decir también que, en este aspecto, es coincidente con la doctrina marxista, por lo que se refiere al uso de dichos bienes, como dice Santo Tomás de Aquino cuando manifiesta que *"el hombre no puede considerar los bienes externos como propios sino como comunes"*. Asimismo, el propio Juan Pablo II, en la Encíclica *Centesimus Annus*, 1991, declara solemnemente que *"Dios ha dado la tierra a todo el linaje humano para el mantenimiento de todos sus habitantes, sin excluir ni privilegiar a nadie"*. Igualmente, debemos afirmar que la **fundamentación ética para orientar las conductas de los financieros**, encuentra claras referencias en los libros del Antiguo Testamento (Jr. 5,27-28), (Jr. 6,13), (Ha. 2,9), (Qo. 5,9-10), y en los propios evangelios de San Mateo (6,25), San Lucas (16,13) y cartas de San Pablo (Col. 3,5). Éstas, en su conjunto, constituyen un cuerpo doctrinal que hoy, dos mil años después, recomendaría un consenso político, a pesar de las grandes diferencias de creencias religiosas de los gobernantes, para orientar la **vida económica y financiera hacia la solidaridad y la justicia social**, si no fuera por la existencia del pro-

prio egoísmo humano tan criticado por Jesús en los evangelios.

En este sentido quisiera conocer las manifestaciones de autoridades mundialmente reconocidas (que no fueran la Iglesia Católica) relativas a las conductas de los gobernantes en el aspecto de su ética en materia económica y social, puesto que de no ser así, deberemos reconocer que sólo ha sido el cristianismo el que se ha pronunciado con claridad sobre cuestiones tan fundamentales.

Por este motivo creo conveniente aprovechar las páginas que nos ofrece *Bioética & Debat* para iniciar esta discusión filosófica entorno al tema de la ética del mundo de las finanzas y de sus gestores, si aceptamos la ética como una disciplina filosófica que trata de la moral como conducta efectiva de estos hombres y mujeres responsables de las entidades financieras. Este análisis, individualizado o como grupo más o menos homogéneo, podría abrir caminos para impulsar con una dimensión humana una nueva legislación no materialista, capaz de reconducir el mundo financiero hacia el equilibrio internacional y la solidaridad entre los hombres.

JAUME TERRIBAS

ECONOMISTA

Citas:

Jr. 5,27-28 *"Sus casas están llenas de estafas, como una jaula está llena de pájaros, así se engrandecen y enriquecen"*.

Jr. 6,13 *"Dice a Jesusalén: ...todos persiguen ganancias injustas"*.

Ha. 2,9 *"Ay de los que llenan sus casas con productos de estafas"*.

Qo. 5,9-10 *"El que ama el dinero nunca tiene suficiente. El que desea la riqueza no le saca provecho"*.

Mateo 6,24 y Lucas 16,14 *"No podéis servir a la vez a Dios y al dinero"*.

San Pablo (Col. 3,5) *"El amor al dinero es una idolatría..."*.

✓ *Congreso Mundial de Derecho Médico*, organizado por la *Asociación Mundial de Derecho Médico*, y que se celebrará en Sun City, North West (Sudáfrica) los próximos días 28 de julio a 1 de agosto. Secretaría: Centro Internacional de Medicina y Derecho, PO Box 51, Buhrmannsdrif 2867, North West. Telf. 27/140-843470 Fax 27/140-24894.

✓ *Jornadas sobre "Problemas bioéticos en pediatría"*, organizadas por la *Association pour l'enseignement de la pédiatrie en Europe*, que se celebrarán en Barcelona los días 5 y 6 de septiembre. Secretaría: Apto. Correos 12145, 08080-Barcelona Fax 34-3-280.41.79

✓ *IV Curso de gestión y evaluación de proyectos sanitarios de países en vías de desarrollo*, organizado por *Medicus Mundi - Cataluña*, para los días 3 a 12 de septiembre en Barcelona. Secretaría: Medicus Mundi, c/Elisa, 14, bajos, 08023-Barcelona. Telf. 34-3-418.46.62 Fax 34-3-418.48.66

✓ *International Conference "Environment, long-term governability and democracy"*, organizada por el Ministerio francés de Medio Ambiente y otras asociaciones, con el apoyo de la Comisión Europea, a celebrarse en Abbey de Fontevraud (Francia) los días 9 a 11 de septiembre. Secretaría: Centre de Prospective et de Veille Scientifique. Fax 33-1-40.81.63.96

✓ *International Conference "The future of DNA"*, organizada por el *If Gene/Goetheanum Conference Office* para los días 2 a 5 de octubre, en Dornach (Suiza). Secretaría: PO Box 134, Telf. 41-61-706.44.44

✓ *International Conference sobre "The Medical Ethical and Legal issues surrounding the treatment and health care of patients in persistent vegetative state"*, organizada por la *Asociación Europea de Centros de Ética Médica* para los días 10 a 13 de octubre en Leuven (Bélgica). Secretaría: Kapucijnenvoer, 35 - 3000 Leuven (Bélgica). Telf. 32-16-33.69.51

✓ *1st. International Conference on Priorities in health care*, a celebrar en Stockholm (Suecia), los días 13 a 16 de octubre. Secretaría: Stockholm Convention Bureau, PO Box 6911, S-102.39 Stockholm (Suecia).

✓ *V Congreso Derecho y Salud "La ordenación de las profesiones sanitarias"*, organizado por la *Asociación Juristas de la Salud* para los días 29 a 31 de octubre en Lanzarote (Islas Canarias). Secretaría: Avda. Rafael Cabrera, 15, 35002 - Las Palmas G.C. Telf. 928-38.12.70 Fax 928-38.19.64

✓ *Quinzé Congrès de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana*, organizado por el Colegio Oficial de Médicos, Universidad y Asociación Médico-Quirúrgica, de Lérida, para los días 30 de octubre a 2 de noviembre en Lérida. Secretaría: Apto. Correos 16009, 08080-Barcelona, Telf. 93-448.23.73 Fax 93-334.10.79

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE



FUNDACION MAPFRE MEDICINA